

研究成果報告書

1. 研究テーマ

腎不全を抱える患者と家族の個別ニーズに即した援助モデルの構築と評価
ー腎不全医療に関わる実践家とのアクション・リサーチを通してー

2. 研究組織

研究代表者：守田美奈子（日本赤十字看護大学・教授）

共同研究者：本庄恵子（日本赤十字看護大学・教授）

住谷ゆかり（日本赤十字看護大学・講師）

安島幹子（日本赤十字看護大学・助教）

酒井千恵（日本赤十字看護大学・助教）

田邊美乃（前日本赤十字看護大学・助手）

石橋由孝（日本赤十字社医療センター・医師）

古川祐子（日本赤十字社医療センター・看護部長）

関根光枝（日本赤十字社医療センター・看護師長）

池田美里（日本赤十字社医療センター・看護師長）

加藤ひろみ（日本赤十字社医療センター・看護師長）

今井早良（日本赤十字社医療センター・看護師）

渋谷紋子（日本赤十字社医療センター・看護師）

宮副麗子（日本赤十字社医療センター・看護師）

榊原哲也（東京大学大学院・教授）

3. 要旨

慢性腎不全を抱える患者、家族の固有のニーズに即した援助を行うための援助モデルの構築にむけて、アクション・リサーチを実施した。実践的な援助方法の要素として「カンファレンス」、「面談」、「保存期情報共有シート」、「ピアラーニング」、「学習支援」が抽出され、これらの援助方法を具体的に整理し、個別の患者、家族の支援課題に即して組み合わせ、個別化医療を実践するための援助モデル案を構築した。さらに、外来診療と多職種カンファレンスを軸にして、個別の患者・家族への理解を深め、それを元に支援課題を抽出し、支援方法の4つを組み合わせる支援を実践するプロセスを「外来での医療提供システム」として図示した。これらの成果を明文化し、実践的に活用できるようマニュアルを作成した。本成果である「慢性腎不全患者、家族へのケアモデル」を赤十字で活用してもらい、その評価を得ていくことが今後の課題である。

4. キーワード

慢性腎不全、援助モデル、個別化医療、アクション・リサーチ

5. 研究報告

(1) 研究の背景・目的

高齢化社会が到来し、慢性疾患をもつ人が増加する中で、慢性疾患をもつ人と家族に対する質の高い援助が求められている。腎疾患をもつ人も年々増加傾向にあり、腹膜透析や血液透析を導入する人が増えている。血液透析を導入した人に比べて、腹膜透析を導入した人を対象とした研究的な取り組みや援助の解明は、あまり行われていない現状である。急性期病院で透析を導入し、通院治療を続ける患者と家族は、自立度が高いことからこれまで十分な医療者の関わりがなされてきたとは言い難い。

腎不全患者や家族への援助には多くの課題が積み重なっていると思われるが、これまでの研究では、かゆみなどの症状緩和の対策（柿本・内田・尾崎他，2010）、患者の自己管理方法に焦点をあてた研究（野坂・中谷，2012）等がなされている。さらに腹膜透析に関しては、家族を対象に治療への協力体制形成過程に着眼した研究（持田・青木・森山，2012）はある。しかし、いずれも医療者の視点にたった研究が多く、当事者の体験という視点からの研究とそれに基づいた援助方法に関する研究は少ない。

著者らは、これまで大学教員と臨床で透析患者のケアにあたる看護師との協働で、透析療法（血液透析および腹膜透析）を導入した患者と家族への援助モデルの構築を目的に、その第一段階として、患者や家族の体験を明らかにする研究に取り組んできた。そして、これらの体験を踏まえた援助モデルを検討している。

本研究は、これまでの著者らの明らかになった患者と家族の体験を踏まえて、透析看護に関わる実践家と協働して、「腎不全を抱える患者・家族の個別ニーズに即した援助モデルの構築と評価」の検討を試みることとする。腎不全医療をめぐるのは、地域の医師や看護師などの多職種協働による新しい援助体制の構築が求められている。赤十字病院は、地域の医療拠点として地域の医療機関との連携を取りながら腎不全に関してその予防からエンドオブライフケアまで含めた包括的な医療体制を検討していく必要がある。日本赤十字社医療センターでは現在、腎不全を抱える人々への援助は個人の価値や意味を重視した個別化医療が重要であるとの理念を掲げて、腎不全患者、家族への地域包括医療モデルの検討を進めている。

本研究では、大学と日本赤十字社医療センターとの協働によるアクション・リサーチの手法を用いて、人道を基本理念に個人のニーズに即した個別化医療の展開に向けて、赤十字における腎不全患者への援助モデルを構築したいと考えた。

（２）研究方法

看護研究者と実践家が協働して遂行する研究方法であるアクション・リサーチの研究方法を用いる。アクション・リサーチは、「実際のヘルスケアの現場における問題を明確にし、可能な解決策を探るために行う協働的介入」（Alison Morton-Cooper, 2000/2005, p. 19）と定義されている。本研究は、この Alison の定義と方法に即して実施する。

病棟看護師、透析室看護師、外来担当看護師、医師、臨床心理士、ME 等の透析医療に関わる実践家に本研究の主旨及び方法を説明する場を設定してもらい、アクション・リサーチの研究協力者を募る。同意の得られた実践家と共に、以下のステップを経てアクション・リサーチによる研究を進める。

A. 研究プロセス

a. 研究体制の構築（同意の得られた人を対象に）

- 1) アクション・リサーチの手法に関する学習会を開催する。
- 2) 研究計画書の検討を通して研究体制を構築する。
- 3) 考え方や価値観を共有し信頼関係の構築を図る。

b. 課題の明確化

- 1) 血液療法を受ける人とその家族の経験に関する研究成果（平成 25～26 年度の研究成果）を共有し、援助課題を明確化する。
- 2) 慢性腎不全の時期を区切りながら、現状の援助方法や体制に関する分析と整理を行う。
- 3) 改善すべき問題を明確にする。

c. 援助モデル（案）の立案

- 1) b のステップにより導かれた援助の方向性のビジョンを明確にし、共有する。
- 2) 透析を受けながら生活する人々と家族の QOL を高めることを目指した「腎不全患者と家族の体験を踏まえた援助モデル」を作成する。

d. 援助モデル（案）の試行

- 1) 「腎不全患者と家族の体験を踏まえた援助モデル」を、数名程度の患者、家族を対象に試験的に実施する。
- 2) 実施プロセス及び結果を評価する。
- 3) 2) から援助モデル（案）の課題と改善案を検討する。

e. 援助モデルの作成と評価

- 1) 援助モデル案の試行を通じた評価を通して「腎不全患者と家族に対する援助モデル」を修正する。
- 2) 修正した援助モデルを患者と家族にさらに実施し、その効果を評価する。

B. 研究協力者

A 病院の看護師に対し共同研究者を除外して、病棟及び外来の看護師に研究依頼を行

い 5 名から協力を得た。

C. 研究期間

平成 27 年 4 月から平成 29 年 3 月

(3) 研究結果

A. 研究体制の構築

平成 25 年から実施している「腹膜透析および血液透析を受ける人と家族の体験を踏まえた援助の構築」に関する研究において研究参加者となっていた N 病院の血液浄化センターおよび腎臓内科病棟の医師、看護師の同意と協力を得た。血液浄化センターの看護職 5 名と大学教員 5 名が中核の研究メンバーとなり、アクション・リサーチのための研究組織を構築した。他の共同研究者はアドバイザーとしての役割を担った。中核メンバーによる検討会を月 1 回開催し、そこで援助課題や援助モデルの抽出のための意見交換を行った。月 1 回の研究会を重ねることを通して共同研究者間の信頼関係も創られ、研究の目的や意義を共有するとともに、援助モデル構築に対する動機や構築プロセスを共有していくことができた。

B. 援助課題の明確化

本研究に先立ち、赤十字の看護・介護研究助成を受けて、平成 26 年に透析療法に関わる看護職へのインタビューを行った。その結果、透析を受ける患者への看護に関する困難さや課題が抽出された。透析を受けている患者への看護の課題は、透析治療の受け入れや、セルフケア能力を高めるための援助等多々ある。それらの援助課題は、保存期における支援課題と繋がっている。従って、保存期の時期から透析導入、あるいは維持を見通したケアをしっかりとしておくことが、患者の透析導入前後の患者、家族の QOL を高めることに繋がるというのが看護職の共通した認識であった。

そこで平成 27 年度のアクション・リサーチは「慢性腎不全の保存期ケア」に焦点を当て、この時期の援助モデルを構築することを課題とした。

平成 27 年 4 月から引き続き月 1 回の検討会での話し合いを行った。その結果、保存期のケアの課題は、次の点にあることが確認できた。①「患者、家族との信頼関係の形成」、②「意思決定援助」、③「セルフケア援助」、④「心理的援助」、⑤「家族援助」、⑥「他職種連携」、⑦「倫理的な問題への対応」。

C. 援助モデル（案）の立案

次の段階は、前述した①から⑦の援助課題に対する具体的な方法、援助の在り方が検討課題となった。保存期のケアは外来で行われるため、外来で実際に実施している援助体制と援助方法を話し合い、それを具体的に記述・整理し、それをモデル化することが平成 27 年度の目的となった。下記に検討した結果を具体的に記す。

a. A 病院で取り組んでいる援助体制とケアモデルの検討

A 病院の外来診療および看護ケアの仕組みや方法について図式化し、そこで展開されている援助方法の流れを分かりやすく記した（図 1）。

A 病院では、通常の外来診療に際して、医師、看護師、臨床心理士の職種でカンファレンスを行っていた。当該日に受診予定の患者に関して、当日の勤務スタッフで情報交換を行い、個々の患者の課題と援助方法を検討するカンファレンスをルチーンに実施していた。その結果、病気の受け止めや認識、知識や技術、心理的問題、家族問題、仕事等、患者が抱える個々の課題に対し、面接の必要性や援助方法の検討を行っていた。このカンファレンスでかなり詳細な情報の共有がなされ、個人に適した援助方法の検討がされていた。

カンファレンスの中では、個々の患者の情報共有と援助計画が検討され、その情報は、その日の夕方のカンファレンスで共有、評価されていた。つまり、朝と夕方のカンファレンスが軸となり個人に適した援助方法の検討と評価が循環的に為される仕組みとなっていた。

外来診療は通常、医師と患者の 2 者関係で行われることが多いが、A 病院では、医師、看護師、臨床心理師の多職種チームによる医療が展開されており、その要として多職種カンファレンスが位置づけられていた。他職種連携や外来でのチーム医療、カンファレンスが有機的に連携しあい、実際の患者への援助の提供システムとしてルチーンに機能していた。

外来での医療提供システムに関しては、看護外来等の設置といった取り組みはあるが、まだ開発の余地は多い。そのため、A 病院で展開されている外来でのチーム医療の実践は、慢性腎不全の保存期の患者を援助する仕組みとして、ユニークな援助方法であると言える。この方法を土台に、外来での医療・ケアモデルとして検討できる可能性を有していると考えられた。そこで A 病院の医療実践の仕組み、方法を浮き彫りにして、それを記述し、検討を加えることにした。

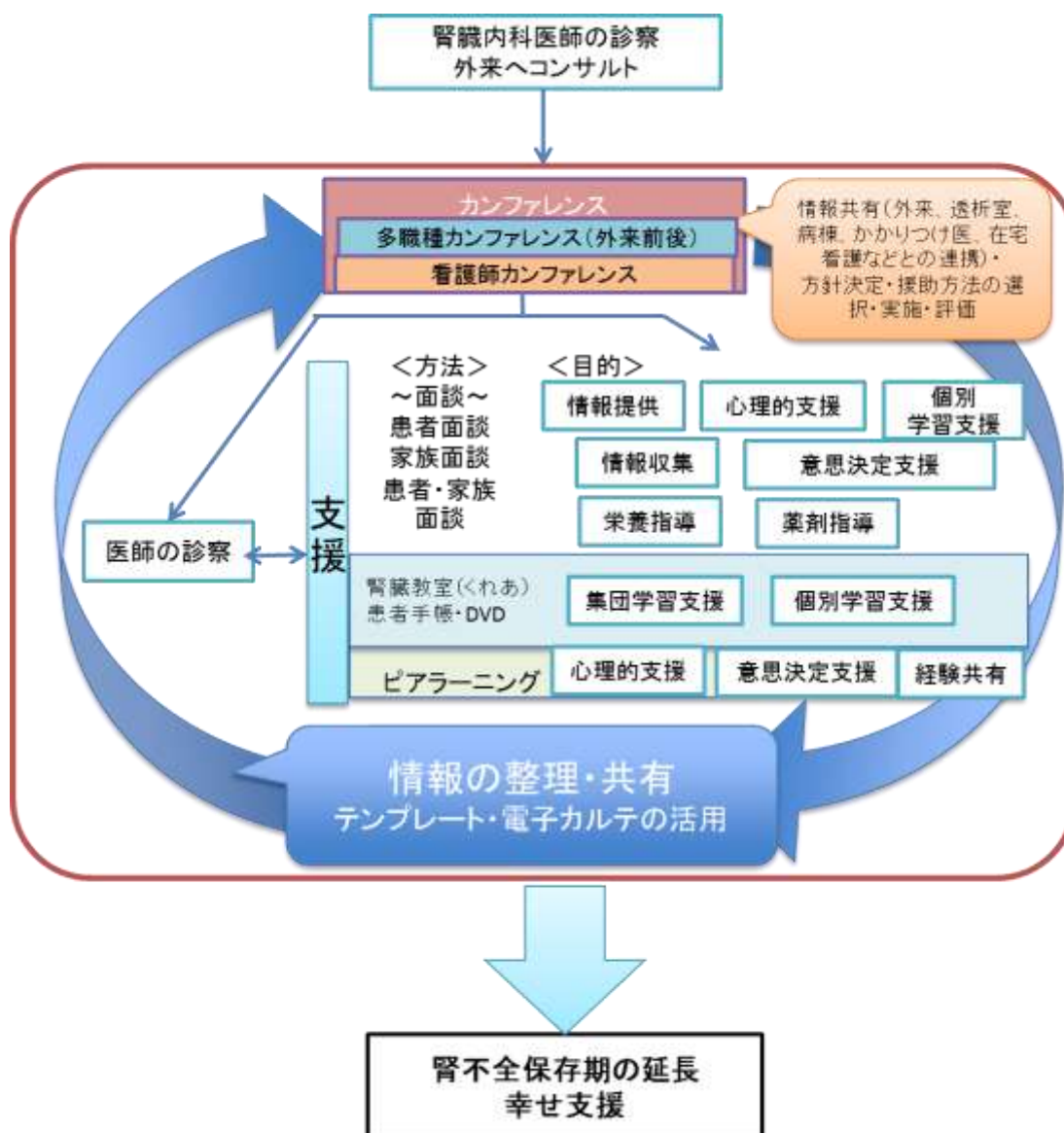


図1 外来における多職種でのケア提供システム

平成27年は、外来医療の軸となっているカンファレンスと面談について、その具体的な実践方法に関する意見交換を行い、話し合いの内容をテキスト化した。さらにテキスト化したデータを項目毎に整理し、毎月の研究会で検討と修正を繰り返した。その成果物として、腎不全の保存期にある患者への個別化医療展開のための資料として中間報告書としての冊子を平成27年に作成した。平成28年度には、カンファレンスから学習支援までの5つの支援方法を明文化したので、それを完成物として印刷し冊子を作成した。

D. カンファレンス

a. カンファレンスの目的

1) 個々の患者の現状と援助課題の共有・発見

患者への援助は、看護師、医師、臨床心理士などの気づきや関心によって、患者のニーズや問題を発見することから始まる。あらかじめ、問題を発見し、その問題の共有と対策の検討のためにカンファレンスが開催される場合もあるが、問題の輪郭がはっきりしない、あるいは問題であるのかも不明瞭であるといった、「気がかり」「気づき」に関して話し合われることもある。個々の患者の課題を発見していくためには、医療者の知覚を敏感にして、患者の変化を意識的にキャッチしていくことが重要となる。

2) チームとしての援助方針の検討と統一：職種間で協働して関わり、変化を捉える。

医師、看護師、臨床心理士などの多職種で、患者や家族に関わるチーム医療では、それぞれの役割があり、機能を分業して行うことが多い。しかし、同じ場面と一緒に入り、患者の反応を捉える等の協働を行うこともある。

3) 具体的な援助方法の検討：面談等の介入方法（多職種間での役割分担、介入の順番など）の決定

カンファレンスでは、医師、看護師、臨床心理士など多職種が参加し、それぞれの職種の強みを生かしながら、協力体制を取れるような話し合いをしている。患者が抱えた問題やニーズに即して、それぞれの職種がどのような役割を取ればよいか、実践的な工夫をしている。

b. カンファレンスの種類

1) 多職種カンファレンス：外来開始前

約 20～30 人／日の外来患者の予約があり、当日受診予定の全ての患者に対し、援助方針や課題について 30 分程度話し合う。検討課題が多く長い時は、1 時間位かかることもある。参加メンバーは、当日外来診療を担当する医師、看護師、臨床心理士である。

2) 多職種カンファレンス：外来終了後

外来診療終了後にも、カンファレンスを実施する。対応に困るような患者など、その日の外来時の状況や今後の課題などの情報共有を行い、今後の対応を検討する。時間は 30 分程度である。

外来時間内で対応できないときは、個別でカンファレンスを開く。医療者がどのように介入するかについて方針を検討し、それをスタッフ間で共有する。患者が抱える問題の確認や共有だけでなく、援助の具体的方法や、その際の職種間の役割分担なども話し合う。

カンファレンスを受けて患者の診察や面談を実施した後、それらを振り返り、電子カルテに記載する。次回の診療の重点的にアプローチしてほしい部分や課題、方針など追記して、次につなげる。医師は医師、看護師は看護師というように職種別で記録を残し、テンプレートも使用する。

3) カンファレンスで検討が必要な場合

以下のような場合には、カンファレンスで検討を行っている。

- ・患者の自己管理がうまくいかないとき
- ・看護師だけでは対処できない・問題の原因がわからないような状況にあり、多職種の協力が必要だと感じたとき
- ・面談の順番の検討が必要なとき
- ・患者の受容段階に応じた援助課題が生じたとき
- ・家族関係がよくわからないとき

c. カンファレンスの意義

カンファレンスは、通常は患者にとって問題となっていることの把握、共有とそれに対する援助方法の検討、あるいは実践による変化や評価について話し合われる。医師、看護師、臨床心理師などの医療職者が話し合う場としてのカンファレンスの意義としては、「患者の闘病の歴史を振り返り共有する場」、「患者に関する記録等の文字ではうまく表現できない微妙な情報を多職種間で共有できる」ということが挙げられる。

E. 面談

a. 個別化医療を行うための面談の目的

面談を行う目的は、患者理解、すなわち「一人ひとりのことをよく知ること」であり、面談で得た情報が個別化医療につながっていく。具体的な目的は以下のとおりである。

- ・患者や家族の生活状況や背景などの基本的理解(初期のインテーク)
- ・病状や治療法などに関する患者や家族の理解の程度の把握
- ・患者や家族の精神的安定や安寧などに向けた心理的援助
- ・情報提供
- ・意思決定援助（療法選択等）
- ・教育的援助
- ・患者のセルフケアの維持の確認
- ・信頼関係の構築

b. 面談の判断基準

面談の必要性の判断は、多職種で確認し合いながら検討していくことが大切であり、全ての患者に面談が必要というわけではない。面談の判断基準は、主に以下のとおりである。

- ・医学的データ：eGFR 15ml/min 未満 * 初回面談の判断基準
- ・身体症状（血圧、体重、自覚症状等）
- ・多職種カンファレンスでの話し合い

- ・「何か違う」という看護師の感覚
- ・生活環境にサポートが必要だと考えられる場合
- ・透析への拒否が強い場合
- ・関係性の構築が難しい場合
- ・進行が早い（原疾患と進行速度）
- ・生活背景が見えにくい場合（生活状況の確認が必要な場合）
- ・家族への介入が必要な場合（状況認識のズレなどがある場合）

c. 面談の方法

1) 場所の選択

面談を行う目的や患者との関係性等を考慮し、「個室」や、外来のベンチで患者と横に並んで座って行う等、面談を行う場所を選択する。

2) 面談時間

患者の負担を考慮し、1回の面談時間は30分程度で実施する。外来の限られた時間で面談の目的を果たすため、対話（面談）技術が求められる。

3) 多職種間、看護師間でのアプローチ

患者と1対1での面談ではなく、2人以上の医療者が担当したり、医療チーム各々の専門性を踏まえて、多職種でアプローチすることで、互いの緊張が和らぎ、患者とのやりとりがスムーズになることがある。

また、腎機能データ eGFR が 15ml/min 以上の患者で、医師が必要だと判断した場合には、看護師主体による個別面談を実施する。

4) 面談の継続

過去、現在、未来という時間軸の中で患者を理解するためには、面談の継続が不可欠となる。そのため、面談を単発で終わらせるのではなく、継続できるようなシステムを作ることが重要となる。面談を継続していくことの意味を考えつつ、1回ごとの面談の目標を明確にし、特に透析療法選択時期は、患者や家族への継続的な援助が必要となるため、継続的な面談を実施していく。

5) 面談時の工夫

面談を継続していくためには、個々の患者・家族の特徴や疾患の受容段階に応じて、面談の方法を工夫していく必要がある。例えば、面談のタイミングとして、透析導入時期が病態として迫っている場合（eGFR15ml/min 以下）は、面談が必須となるが、病態によっては面談を「待てる時期」もある。データの的にまだ「待てる時期」であれば、無理に面談をするのではなく、意図的に面談を行わない方法もある。そのような場合には、必要な時はいつでも看護師に声をかけてもらえるような関係性や体制を作りながら「待つ」ことが大切である。

6) 面談における看護の専門性

個々の患者の育った環境や生きがい、価値観、家族の情報など様々な情報が、一つ一つ意味をもっている。そのような情報のもつ意味を看護の視点から捉えながら、療法選択やセルフケア援助へとつなげていくことが大切である。

看護師は、臨床心理士とは異なる援助ー未来の生活設計ーという視点からアプローチし、患者や家族の心理状態に合わせながら、各々がイメージした人生設計を踏まえて未来を構築できるように、情緒的援助に留まらず様々な知識を用いて援助していく役割を担っている。

F. 保存期情報共有シート（テンプレート）

保存期にある患者の情報を集約する書式として、電子カルテの中に保存期情報共有シート（以下、テンプレート）を作成している。個別的な医療を展開するために、このシートを活用しながら個々の患者の基礎情報を多職種が共有できるシステムを作っている。面談をした時、カンファレンスが行われた時など、逐次シートに記入することで個々の患者の情報を蓄積していく。

a. テンプレート活用目的

- ① 患者の価値観や生活史を理解する
- ② 患者の基本情報や指導内容・療法選択などに関する情報を共有・整理する
- ③ スタッフの経験やスキルによる支援の差が生じすぎないよう均質で継続的な看護を提供する

b. テンプレートの内容

テンプレートには個々の患者の医学的な情報や生活状況に関する具体的な情報を記録する。特に、看護師は患者の気持ちや認識の変化などを重視し記録に残し、これらの情報の意味を多職種間で話し合い、治療やケアにつなげていくことが大切である。

- ① 基本情報：患者の価値観や生活史を知り、患者を理解するための項目
CKD ステージ、生活背景、これまでのプロセス、価値・信念、疾患についての本人の受け止め、これから望む生活 など
- ② 指導項目：患者の疾患への理解を深め、腎臓の守り方を指導する項目
腎臓の働き、データの見方、原疾患の理解、日常生活（血圧・食塩管理など）、CKD の合併症、次回指導の課題・ケアの方針 など
- ③ 療法選択：患者の主体的な意思決定を支援するための項目
腎不全医療の概要、社会保障、PD/HD 見学、患者紹介、本人の反応・受け止め、透析に関する思い、アセスメント、導入までの計画 など

上記のような患者情報をテンプレートに記載しながら、次の面談時に焦点を当てる内容や留意すべき点などを多職種間で共有し、継続的な支援が提供できるような仕

組みとしている。

c. テンプレート記入のポイント

1) 患者の情報をつなぐ

テンプレートは初回面談時に問診票を参考に作成し、以降は面談のたびに記入する。電子カルテに組み込まれているため、過去のテンプレートの記録内容を確認し、面談を重ねながら患者の情報を更新していく。2回目以降の面談では、当日の担当者がテンプレートに記載された情報を確認して、その日の方針を検討していく。そのため、継続した支援を提供できるように、患者の情報だけでなく、担当したスタッフ自身の判断などもわかりやすく記載し、次の支援につなげていくことを意識して書くことが大切である。

2) 患者の変化を捉える

患者の疾患に対する思いや受容過程の変化などについて、テンプレートを通して多職種が理解できるような記録に心がける。患者と接していなくても、記録を通して患者の変化をリアルに感じ取れたり、ケアの効果を感じられたりする内容を、わかりやすく、短い言葉で表現していくことが大切である。

3) 多職種の視点をつなぐ

テンプレートにはカンファレンスで話し合われた内容も記録する。テンプレートへの記載は看護師が行っているが、医師、看護師、臨床心理士、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカー（SW）など、患者に関わるすべての多職種がテンプレートを読み、情報を共有している。テンプレートを媒体として、各々の多職種が患者の状況をどのように捉え、支援しようとしているのか、カンファレンスで検討していく。

4) 患者の言葉を意識して記録する

テンプレートには、患者の現在の思いや疾患の受け止め方などに関する患者の言葉をそのまま記録することがある。また、記録を簡潔明瞭に書こうと意識しすぎると、患者の状況のリアリティがうまく伝わらないこともある。看護師の言葉で要約してしまうより、患者の言葉をそのまま記録に残した方が患者の思いがダイレクトに伝わることもある。一方で、記録として文字化することの難しさもある。客観的な情報は記録しやすいが、患者の表情や言動の解釈といった医療者の主観的な情報を記録に残してよいのか悩む時がある。患者の言葉は医療者の主観的判断によって変容していないものである。そのため、言葉をそのまま記録に残すことが重要である。患者の言葉について個々の医療者の解釈が異なったとしても、解釈した内容を多職種間で話し合い、様々な視点から患者の理解を深めていくことが可能になる。

5) テンプレート活用の工夫

患者との面談時に個々の看護師が体験したことや感じたこと、患者の印象など、他者にはっきり伝えることが難しいような場合には、カンファレンスなどを活用し

ながら自分の感じたことを自分の言葉で表現してみる。そこで、他者の共感や自分とは異なった新たな解釈などが得られると、改めて情報やその解釈が整理され、記録として文字化しやすくなることがある。

6) テンプレートの役割

一人ひとりの患者の情報を共有・整理し、継続的な支援を提供していくことを目的としたテンプレートは多職種カンファレンス時の共有ツール（媒体）の役割がある。また、患者との面談時にも、次の面談で確認してほしいこと、支援のポイントなど、誰がいつ担当になっても継続的な支援ができるようにするための重要な役割を担っている。

G. ピアラーニング

ピアラーニングは、新たに腹膜透析や血液透析の腎代替療法選択を余儀なくされている患者（以下、後輩患者）に対し、すでにそれらの治療経験を経ている同病者（以下、先輩患者）の語りを聴き、病い経験を共有し、治療開始の生活やセルフケアを同病者から学ぶという方法である。

a. ピアラーニングの目的

ピアラーニングは、主にこれから腎代替療法を選択・導入する予定にある患者に対する意思決定支援の1つとして実施する。①後輩患者にとっては、先輩の経験を聞くことで腎代替療法や導入後の生活などの具体的なイメージが描ける。②先輩患者にとっては、経験を語ることで、自己効力感が高まる。③同病者同士で語り合うことで、安心感や絆の形成に繋がる。

b. ピアラーニングの方法

A 病院のピアラーニングの方法について図式化し、流れを分かりやすく記した（図2）。

1) 対象となる患者の選定

外来開始前・外来終了後のカンファレンスなどで、選定する。選定の際は、先輩患者は心身が安定しており語ってくれる意思があるか、後輩患者は療法選択の時期にあり、同病者の話を聞きたいと思っているかについて考慮する。

2) 患者同士のマッチング（適合性）

治療法や性別、年齢、仕事や趣味など、共有性が高くピアラーニングにより、互いの学びを深められると判断できる人同士を組み合わせる。

3) 事前準備

看護師が後輩患者に質問事項や不安などを確認したり、先輩患者に質問事項を伝え腎代替療法の見学の承諾を取るなど、事前に準備する。

4) ピアラーニングの実際

ピアラーニングの回数は、外来の前か後に、1回から数回、30分程度で設定する。

ピアラーニングの場合は、必ず医療者が同席し、対象者の言動を観察しながらピアラーニングの内容を確認し適時補足説明をする。患者同士でしか話せない内容もあるため医療者は様子を見ながら時々離席するなどの配慮をする。

5) ピアラーニング実施後

対象者との面談を行い、目的が達成できなかった部分のサポートやピアラーニングの再設定などの評価を実施する。

c. ピアラーニングの工夫と注意点

1) ピアラーニングの工夫

ピアラーニングでは、患者や家族の関心に応じて組み合わせを設定し、外来診療のタイミングにあわせて実施できるよう日時の設定も工夫している。その他にも、希望に合わせて、実際の治療場面への参加が可能になるよう工夫をしている。

2) ピアラーニングの注意点

腎代替療法の見学を通して、ボディ・イメージの変化を否定的に捉えてしまう可能性がある。そのため、ピアラーニングのメリット・デメリットと個々の患者の状況を考慮した上で、実施を検討することが重要である。

また、後日、先輩患者から、ピアラーニングを行った後輩患者について質問があった場合には、情報漏えいに十分注意し、個人情報保護を遵守することが重要である。

<表 ピア・ラーニングの流れ>



図2 A病院のピアラーニングの方法

H. 学習支援

a. 集団学習支援～腎臓教室（くれあ）～

1) 目的

集団学習支援においては、患者とその家族が腎不全の知識を深め自己管理能力を高め、透析導入までの期間を延長させ緊急透析導入を回避し、患者・家族が自身の意思決定により腎代替療法を選択できるようにすることを目的とする。

2) 方法

プログラム内容の検討にあたり、患者が腎不全ステージの進行に応じて受講し興味関心のある内容を選択できるよう、学習内容について1年を通してシリーズ化・プログラム化する。患者と家族が反復的に学習できるよう、腎不全の総合的な基本的知識については毎年実施する。またプログラムの内容は、「腎臓内科医師」、「血液浄化センター看護師」、「薬剤師」、「管理栄養士」、「健康運動指導士」、「医療ソーシャルワーカー（MSW）」といった多職種で検討することで、広い視点で構成することができる。運営や司会は当番制にすることにより、どのような質問にも答えられるように体制を整えている。なお、プログラム内容は毎年全員で評価、修正を行い、次年度のプログラムを準備していく。

3) 開催方法

開催にあたり参加費は必要としない。また、外来受診していない患者、入院中の患者など、誰でも参加できるようにする。基本的に毎月平日に定期開催しているが、平日の参加が難しい方のために、年に1～2回は、土曜日に開催する。なお、学習効果を考え、定員制にし、講義内容は1回2時間以内として参加者が集中できるプログラム内容にする。

4) 募集方法

募集方法は、院内ポスターの掲示や、外来・健診センター・栄養課・病棟での呼びかけ、企業や関係団体と共同（ホームページへの掲載など）、患者間の口コミなどがある。

5) 腎臓教室運営の工夫

腎臓教室運営にあたり、一方的な講義にならないよう、楽しく学べる受講者参加型にするとよい。例えば、クイズ形式やグループディスカッション、運動療法の体験など、参加者が主体的に学べる方法（アクティブラーニング）を取り入れる。講義時には、パンフレットその他、ビデオ・DVD、食品サンプル、試食をする場などを設け、より深く学びたい人のための教材を提供する。病気や食事などの知識を生活に導入してもらうために、療養経験を学びあうことが大切である。その時の辛さや困難さを参加者同士で共有しあうことも重要であるため、できるだけ患者自身の体験を話してもらう時間を作る。

毎回講義後にはアンケートを取り、受講者の感想を聞きながら、講義内容が受講者のニーズに合っているのかを確認し、次の講義に活かしていく。

b. 個別学習支援

患者自身のセルフモニタリングの動機づけ、継続、習慣化を図るために行う。個別支援の媒体として血圧手帳、血糖手帳などの患者手帳を用いる。

1) 目的

個別学習支援の目的は、以下のことが挙げられる。

- ・患者が自分の状態を把握もしくは意識することができる。
- ・手帳に記載した内容を「見える化」することで医療者と患者と一緒に評価できる
- ・セルフケアに影響する要因を患者自身がアセスメントできる。
- ・セルフモニタリングを習慣化することでセルフケアへのモチベーションの維持・継続につながる。
- ・患者なりの血圧や血糖などの目標値を設定し医療者と共有することができる。

2) 患者手帳やパンフレットなどの媒体を配付するタイミング

腎臓病に関する情報が書かれた患者用パンフレットなどを外来受診時の早い段階から渡すと良い。医師が渡す場合と看護師による面談開始時に渡す場合がある。

3) 患者手帳の使用方法

受診時や面談時には必ず手帳を持参してもらい、対話の材料にする。対話時はセルフモニタリングの継続を肯定し、継続できていない場合はその理由を確認していくことが大切である。手帳の記入例としては、「血圧」、「血糖」、「脈拍」、「体重」、「食事内容」、「服薬運動（万歩計の歩数）」、「天気（運動療法などに影響する要因）」が挙げられる。その他、患者オリジナルの項目となるよう、必要な項目を余白の部分などを活用しながら追加する。

また、データの数値だけでなく折れ線グラフなどで示すことで、データの推移が一目瞭然となる。患者手帳に記載してある情報は、透析導入後のセルフケア支援において非常に重要となる。患者は記録することで自分の身体に意識を向け、自分の生活と身体との関係を理解していくことができる。患者と共にこれらの記録を確認することで状況理解ができ、医療者の患者理解が深まる。外来、透析室、病棟が連携し、患者手帳記載している情報を共有しながらセルフケア支援を継続することが大切である。また、記録をつけることで患者は身体感覚（症状など）では感じることができない身体の異変を理解できるようになるため、患者のモチベーションが上がり、セルフケア能力が高まることで医療者もやりがいを感じられる。

（４）考察

A. 個別化医療の実践と慢性腎不全患者への実践的なケアシステムモデルの意義

本研究結果から、個別化医療の実践のための外来での支援システムと支援方法が明らかとなった。例えば、多職種による「カンファレンス」は個々の患者のニーズを捉えるために多職種による多角的な視点や気づきが生かされていることが明らかになった。また、患者や家族の状況に応じて、様々なタイプの種類の「面談」を展開しながら、患者、家族が体験していることを理解し、それに寄り添い、療法選択やセルフケア援助を実践していた。このような「カンファレンス」や「面談」の根底には、「その人をよく知りたい」「個々に合わせた援助をしたい」という医療・看護哲学が存在していた。

腎不全は、慢性病の1つとされている。慢性病の「病い」は、疾患（disease）や病気（illness）などで表現される。疾患（disease）は生物医学的モデルを基盤としているのに対して、病気（illness）は人間の体験が重視される（Lubkin& Larsen／黒江，2002/2007）。慢性病をもつ人へのケアでは、人間の体験を重視する「病気（illness）」という用語が、近年用いられるようになった。本研究で明らかになった援助モデルも、「その人をよく知りたい」とその人に関心を寄せて展開される病いをもつ人の体験を重視した個別化援助をモデル化したものといえる。

今回明らかにした外来のケアシステムモデルは、実践現場の看護職と研究者が協働で開発したものであるため、実践的な判断や行為の詳細の部分が記載されている。この点が実践学としての看護学に即した内容となっていると考えている。ただし今回の結果は、赤十字のなかのA病院という固有の医療現場における試みを本データとして分析し、テキスト化し、モデル化したため、人的資源やシステムの特徴など異なる条件下で、このケアシステムモデルがそのまま適用できるかどうか、課題は残ると考えている。

しかし、慢性疾患患者や高齢者が増加し、入退院を繰り返す現状の中、新たな外来での診療やケア方法が求められている。これまで外来における患者への教育実践をパラメディカルと共に行ったという報告（桜井ら，1999）や、透析導入時期に看護相談を行ったという報告もある（井桁，2010）。また池田ら（2014）は、多職種で患者や家族の意思決定支援に関わる専門外来の設置に関する実践を報告している。

これらの報告は、今回私たちが検討し作成した方法と類似しており、新しい外来のあり方を模索することの重要性を示唆している。今回の私たちが検討したケアモデルは、単一の支援方法の提示だけでなく、いくつかの支援方法を有機的に関連させながら、患者の個別の状況に応じた支援が可能になるという特徴を持っている。

今後は、今回提示した外来におけるケアシステムモデルの有用性や意義を、患者の変化を通して検証していくことが必要であると考えている。日常臨床のなかで事例研究を通して、これらの課題を検討していくことが可能ではないかと考える。

B. 多職種が機能するためのモデルとしての可能性

今回の結果から、患者や家族の個々のニーズや課題を捉えながら、医師、看護師、臨床心理士のなかで、「今、だれが関わるのが一番よいのか」という選択がなされ、援助

に生かされているという特徴が見出された。本研究で明らかにした「援助モデル」は、多職種協働がうまく機能しているモデルの1つであり、今後、多職種協働を活性化させるための知見となると考える。

そして、医療者がこのような援助モデルを活用し、チームでケアしていることを患者や家族に伝えることは、患者や家族が自らのニーズや課題に合わせて医療専門職者を選択できることにつながる。このような援助モデルを提示することは、患者や家族自身が、自ら必要とするケアにアクセスできるような支援体制の広がりを示すことにもなる。このような外来での多職種連携のあり方は、地域での生活を支え地域に繋がる連携のあり方にもつながっていくだろう。

また、患者の経験を重視しそれを学びあう「ピアラーニング」という方法は、患者主体の支援方法としての意義が深い。患者や家族同士が互いに治療を受けながらの生活をどのように編み出していくか、をイメージし合い学びあう方法としての「ピアラーニング」は、患者の力を生かした支援といえる。健康上の問題に対処する上での主役は、医師でも看護師でもなく患者本人であることが指摘されている（宮本，1996）。ピアラーニングも含めた援助モデルは、患者や家族の力を生かすモデルといえるだろう。そして、「多職種が機能するためのモデル」を考えるときには、患者や家族を中心にすえ、患者・家族と共に機能するチームのあり方が重要な視点になるだろう。本研究で明らかになった多職種が機能するためのモデルは、医療者のみならず患者や家族が機能する新しいモデルの示唆であると考ええる。

（５）結論

1. 「腎不全を抱える患者と家族の個別ニーズに即した援助モデル」を検討し、保存期の援助モデルを明らかにした（図1）。
2. 「カンファレンス」では、診療の前後での多職種カンファレンスが行われ、患者や家族のニーズや課題を多面的に捉えたアプローチがなされていた。
3. 「面談」は、どの時期にどのような面談をするか、多職種の誰が担当するか等を吟味していた。「面談」は、患者や家族の状況に合わせて、継続的に展開されていた。
4. 「保存期情報共有シート」は、患者の身体情報だけでなく、生活史や価値観、病気の受け止め、捉えかた、感情の揺れ動きなど、個別的な支援に必要な情報を医療スタッフ間で共有できるシステムとして開発された。個々のスタッフが得た情報やカンファレンスで共有した情報をシートに記載し、それを共有することで、患者状況の共有や、支援方針の検討に繋がっていた。
5. 「ピアラーニング」は、患者や家族同士が互いに治療を受けながらの生活をどのように編み出していくか、をイメージし合い学びあう方法として、支援方法に明確に位置づけられていた。患者のセルフケアを高めていくために、患者の経験を重視し、そ

れを学びあう方法は患者主体の支援方法として非常に重要で意義深く、効果的な方法と医療者に認識されていた。

6. 「学習支援」は、患者、家族にとって必要な情報を得たり、病気の意味を考えるための重要な学習の場であり、学習方法への支援を受ける機会でもある。今回の学習支援方法では、医師、看護師、栄養士など様々な職種が協力し合い、集団学習の場を作っていた。さらに患者手帳を活用しながら病気や生活のことを医療者と学びあう機会を提供していた。

7. 本研究で明らかにした援助モデルは、「その人を知りたい」その人に関心を寄せて展開される病いをもつ人の体験を重視した個別化援助のための外来でのケアモデルである。

(6) 謝辞

本研究は日本赤十字看護介護の研究助成を得て実施した。本研究に協力頂きました看護職、医師、臨床心理士の皆さまには心から感謝申し上げます。

(7) 引用文献

- Alison Morton-Cooper (2000) / 岡本玲子他 (2005). ヘルスケアに活かすアクションリサーチ. 医学書院.
- 井桁良美・大平久美子 (2010). 導入期指導 腹膜透析導入患者の看護相談を実施して、腎と透析 69 巻別冊腹膜透析 2010, 794-795.
- 池田晴美・平良千夏・青木洋子・赤嶺久枝・永山聖光・野田真美子 (2014). 腎不全患者の治療選択を多職種で関わる意思決定支援 腎代替療法選択時期をチームで支える専門外来を目指して, 友愛会豊見城中央病院医学雑誌, 2, 48-50.
- 柿本なおみ・内田祥平・尾崎佳代子・他 3 名 (2010). EASE プログラムによる血液透析患者の掻痒感軽減の検証 セルフ・モニタリング法を用いた一例. 透析ケア, 16 (3), 318-325.
- Lubkin, I. M. & Larsen, P. D. (2002) / 黒江ゆりこ監訳 (2007). クロニックイルネス 人と病いの新たなかかわり, 医学書院.
- 桜井ひとみ・中根真利子・小島由美・勢納八郎・鳥山・高伸・川原弘久 (1999). 外来における慢性腎不全患者の教育実践 パラメディカルとの連携を強化して, 日本透析医学会雑誌, 32Suppl. 1, 873.
- 持田耕平・青木沙織・森山美知子 (2012). 腹膜透析治療を開始した患者の家族の透析治療への協力体制形成過程. 広島大学保健ジャーナル, 10 (2), 62-71.
- 宮本真巳 (1996). 感性を磨く技法 3 セルフケアを援助する, 日本看護協会出版会.
- 野坂久美子・中谷信江 (2012). 保存期から透析導入に至った慢性腎臓病患者の自己管

理における看護の検討. インターナショナル Nursing Care Reserch, 11 (3), 69-76.